

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.24.011

穴位埋线联合生物反馈治疗功能性 排便障碍 28 例临床观察

程一乘¹, 李雪^{1,2}, 刘薇², 刘仍海^{2*}

(1. 北京中医药大学, 北京市朝阳区北三环东路 11 号, 100029; 2. 北京中医药大学东方医院)

摘要 目的 观察穴位埋线联合生物反馈疗法治疗功能性排便障碍 (FDD) 的临床疗效及对患者心理状况的影响。方法 60 例 FDD 患者随机分成治疗组和对照组各 30 例。两组患者均接受生物反馈治疗, 治疗组在此基础上加用穴位埋线治疗, 两组均治疗 8 周后观察患者临床有效率, 两组患者治疗前后进行主要症状评分、生存质量评分, 检测肛管静息压 (ARP)、肛管收缩压 (AMCP)、排便压 (DP) 及肛门外括约肌收缩持续时间 (ALCT), 比较焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评分。结果 治疗组临床有效率 (92.86%) 明显高于对照组 (69.23%, $P < 0.05$)。治疗后两组主要症状评分、DP 均较治疗前明显降低, ALCT 明显升高 ($P < 0.05$), 其中治疗后排便费力感, 排便时间, 下坠、不尽、胀感及腹胀评分治疗组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗组生存质量评分, SAS、SDS 评分及对照组 SAS 评分明显低于治疗前 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组生存质量评分、SDS 评分、AMCP、DP 明显低于对照组, ALCT 明显升高 ($P < 0.05$)。结论 穴位埋线联合生物反馈疗法能够更有效地从临床症状、肛管直肠压力及心理状态等方面提高 FDD 患者的临床疗效。

关键词 功能性排便障碍; 穴位埋线; 生物反馈疗法; 生存质量; 焦虑; 抑郁

功能性排便障碍 (functional defecation disorder, FDD) 在罗马 IV 标准中被归为功能性便秘的一个类型, 是以持续排便困难、排便次数减少或排便不尽感为主要表现并伴有排便功能或盆底肌肉异常的肠道功能性疾病^[1]。目前普遍认为 FDD 的发生可能与肠道动力异常^[2]、内脏感觉异常^[3]、精神心理及社会因素^[4]、肠道感染^[5]等因素相关。有研究^[6]表明, FDD 具有病情反复、迁延不愈的特点, 且 FDD 患者的生活质量明显低于常人, 同时大部分患者伴发焦虑抑郁情绪, 这对患者身心造成巨大的负担, 形成身心交互影响的恶性循环^[7]。目前生物反馈疗法是治疗 FDD 的有效方法^[8], 有效率为 30% ~ 70%^[9], 生物反馈疗法已经被美国结直肠肛门外科纳入 FDD 指南的重要治疗方法^[10]。中医穴位埋线是中医外治法的特色疗法之一, 对于 FDD 具有较好的疗效^[11]。本研究就穴位埋线联合生物反馈治疗 FDD 的临床疗效进行观察, 报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

参照《罗马 IV 功能性胃肠病肠-脑互动异常》^[12]中 FDD 诊断标准: 1) 符合功能性便秘和/或便秘型肠易激综合征诊断; 2) 在反复用力排便过程中, 经以下 3 项检查中的 2 项证实有特征性排出功能下降: 球囊逼出试验异常; 压力测定或肛周体表肌电图检查显示肛门直肠排便模式异常; 影像学检查显示直肠排空功能下降。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准; 年龄 18 ~ 65 岁; 近 2 周内未曾服用任何通便药及抗焦虑抑郁药; 患者自愿签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) 妊娠或哺乳期妇女; 2) 消化道器质性疾病或其他累及消化道的系统性疾病造成的便秘, 如直肠前突、直肠肿瘤等; 3) 自我认知功能障碍、交流障碍者; 4) 合并严重心血管、脑血管、肝、肾、造血系统疾病患者或全身衰竭者, 糖尿病、恶性肿瘤、精神病患者; 5) 明确原因的药源性便

* 通讯作者: liurenghai@163.com, (010) 67689731

秘; 6) 既往 3 个月内有急性胃肠疾病或外科手术者。

1.4 脱落标准

资料不全, 影响有效性和安全性判断者; 发生严重不良事件、并发症和特殊生理变化, 不宜继续接受治疗者; 研究过程中因个人原因自行退出者。

1.5 一般资料

选取 2018 年 3 月至 2019 年 5 月北京中医药大学东方医院肛肠科门诊诊治的 FDD 患者 60 例, 采用随机数字表法分为对照组和治疗组各 30 例。治疗组中男 12 例, 女 18 例; 年龄 38 ~ 62 岁, 平均 (51.87 ± 10.77) 岁; 病程 3 ~ 11 年, 平均 (6.37 ± 5.29) 年。对照组中男 13 例, 女 17 例; 年龄 38 ~ 64 岁, 平均 (52.49 ± 7.63) 岁; 病程 2 ~ 13 年, 平均 (7.21 ± 3.67) 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组: 采用生物反馈疗法。治疗前患者排空粪便, 处于安静、舒适、温暖的治疗环境, 语言安抚患者令其放松心情。首次治疗前向患者简要介绍生物反馈疗法的机理和治疗目标, 以及治疗过程中注意事项。生物反馈治疗采用南京麦澜德医疗科技有限公司产的 MLD B2 型反馈治疗仪, 操作方法: 患者取仰卧位, 酒精擦拭皮肤及电极, 顺序连接电极。首先连接肛门表面肌电信号端: 将直肠电极插入肛内, 短线接于直肠电极上, 长线端连接髂前上棘, 以防止信号干扰; 然后, 再连接腹壁端, 腹壁电极片贴于脐旁 2 cm、脐下 2 cm 旁开 2 cm 处, 长线电极片贴在同侧髂前上棘处; 连接成功, 告知患者需要配合动作, 进行盆底 Glazer 评估^[8], 根据电脑提示音完成收缩肛门及放松肛门动作。

根据患者括约肌张力, 采用不同方案。高张力型 FDD 患者采取放松肛周紧张肌肉、通过电刺激增强盆底排便肌肉感觉, 并通过语音提示有规律地对相应肌肉进行放松, 达到从脑-肠轴加强肌肉放松治疗, 最终教会患者如何正确收缩或放松盆底肌及如何进行家庭训练。低张力型 FDD 患者采取脉冲电流刺激盆底肌肉以提高盆底神经兴奋、增强盆底肌肉控便能力及本体感觉、强化脑-肠调控治疗, 最终教会患者如何正确收缩盆底肌及如何配合家庭训练。生物反馈治疗训练每次 30 min, 每周 3 次。

治疗组: 在生物反馈治疗基础上进行穴位埋线

治疗。治疗前向患者简要说明施术部位及术后护理方法, 患者取仰卧位, 暴露双侧大肠俞、双侧天枢、双侧足三里、双侧次髂穴及长强穴, 常规消毒, 无菌操作将长度约 1 cm 的 2-0 可吸收线埋入选定穴位, 出现针感后, 边推针芯, 边退针管, 将可吸收线完全埋于皮下 (针具及可吸收线由成都太合生物材料有限公司提供, 批号 1113), 出针后压迫止血, 无菌敷料固定。每 2 周 1 次。

两组患者均治疗 8 周。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 主要症状评分^[10] 症状包括粪便性状, 排便费力, 排便时间, 下坠、不尽、胀感, 排便频率, 腹胀。其中粪便性状参照 Bristol 粪便分型标准进行评价, III 型、II 型、I 型分别计 1、2、3 分; 排便时间 10 ~ 15 min、16 ~ 25 min、> 25 min 分别计 1、2、3 分; 排便频率 3 次/天、4 或 5 次/天、> 5 次/天分别计 1、2、3 分; 其余症状按轻、中、重分别计 1、2、3 分。

2.2.2 生活质量评价 两组患者治疗前后分别采用便秘患者生存质量问卷^[11] (PAC-QOL) 中文版进行评价, 由患者本人于治疗前后分别填写。

2.2.3 焦虑自评量表 (SAS) 和抑郁自评量表 (SDS) 评分 两组患者治疗前后分别采用 SAS 及 SDS 量表进行评分测定, 根据《心理卫生评定手册 (增订版)》^[12] 中 SAS、SDS 量表评定标准进行有效评定。

2.2.4 肛门直肠测压 治疗前后分别测量 (肛管直肠压力测定仪由韩国 OMOMED 公司提供, 型号 loveq-va5, 批号 OWOD3-C130) 两组患者的肛管静息压 (ARP)、肛管收缩压 (AMCP)、排便压 (DP) 及肛门外括约肌收缩持续时间 (ALCT)。

2.3 疗效判定标准

参照《中国慢性便秘诊治指南 (2013, 武汉)》^[13] 中标准, 采用尼莫地平法进行计算: 痊愈: 便秘消失, 排便间隔时间及粪便性质正常, 症状总积分减少 $\geq 90\%$; 显效: 症状总积分减少 $\geq 70\%$ 但 $< 90\%$; 有效: 症状总积分减少 $< 70\%$ 但 $\geq 30\%$; 无效: 症状均无明显改善, 甚或加重, 症状总积分减少 $< 30\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计软件进行统计描述与分析, 计量资料符合正态分布采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 用 Students' t 检验; 等级资料采用秩和检验; 计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

本研究治疗期间共脱落 6 例, 其中治疗组脱落 2 例, 对照组脱落 4 例。6 例患者皆因依从性较差或个人原因无法完成临床观察而自行退出。最终治疗组纳入 28 例, 对照组纳入 26 例。

3.1 两组患者临床疗效比较

治疗组 28 例中痊愈 4 例, 显效 15 例, 有效 7 例, 无效 2 例, 临床总有效率 92.86%; 对照组 26 例中痊愈 2 例, 显效 13 例, 有效 3 例, 无效 8 例, 临床总有效率 69.23%。治疗组总有效率明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

3.2 两组患者主要症状评分比较

表 1 示, 治疗后两组患者主要症状评分较治疗前均明显降低 ($P < 0.05$), 其中排便费力感, 排便时间, 下坠、不尽、胀感及腹胀评分治疗组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。两组治疗后粪便性状、排便频率评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.3 两组患者治疗前后生存质量评分、SAS 及 SDS 评分比较

表 2 示, 两组患者治疗前生存质量评分、SAS 评分、SDS 评分差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后治疗组生存质量评分、SAS、SDS 评分及对照组 SAS 评分均明显低于本组治疗前 ($P < 0.05$);

对照组 SDS 评分治疗前后比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后 SAS 评分两组间比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 生存质量评分及 SDS 评分治疗组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 两组患者直肠肛管测压结果比较

表 3 示, 治疗后两组患者 DP 明显下降, ALCT 明显升高 ($P < 0.05$), ARP 及 AMCP 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后治疗组 AMCP、DP 均较对照组明显降低、ALCT 明显升高 ($P < 0.05$), ARP 两组治疗后比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.5 不良反应监测评价

两组患者治疗前后血常规, 肝、肾功能和心电图等实验室检查均未见异常。治疗组 2 例患者埋线治疗后出现局部皮肤潮红、瘙痒, 追问患者为易过敏体质, 该 2 例患者因不良反应主动要求退出研究。

4 讨论

FDD 属于功能性胃肠病中较为复杂的疾病, 患者一般符合功能性便秘或者便秘型肠易激综合征的疾病特点, 同时具有肛门直肠排便模式异常、影像学表现为特征性直肠排空功能下降^[1]。近年来, 随着“脑-肠互动异常”理论的进展, 认为 FDD

表 1 两组功能性排便障碍患者治疗前后主要症状评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	粪便性状	排便费力	排便时间	下坠、不尽、胀感	排便频率	腹胀
治疗组	治疗前	28	2.44 ± 0.67	2.28 ± 0.68	1.64 ± 0.91	1.95 ± 0.62	1.62 ± 0.99	0.97 ± 0.79
	治疗后	28	1.03 ± 0.58*	0.84 ± 0.76* [△]	0.79 ± 0.54* [△]	0.99 ± 0.54* [△]	0.20 ± 0.31*	0.22 ± 0.41* [△]
对照组	治疗前	26	2.38 ± 0.91	2.38 ± 0.66	1.65 ± 0.83	1.92 ± 0.48	1.69 ± 0.67	0.89 ± 0.54
	治疗后	26	1.32 ± 0.87*	1.37 ± 0.74*	1.31 ± 0.57*	1.43 ± 0.72*	0.25 ± 0.46*	0.53 ± 0.18*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 2 两组功能性排便障碍患者治疗前后生存质量评分、SAS 及 SDS 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	生存质量评分	SAS 评分	SDS 评分
治疗组	治疗前	28	93.86 ± 12.78	54.88 ± 7.76	55.64 ± 8.35
	治疗后	28	75.21 ± 14.26* [△]	46.22 ± 7.28*	43.62 ± 7.64* [△]
对照组	治疗前	26	92.78 ± 17.90	53.67 ± 7.53	54.35 ± 7.12
	治疗后	26	85.36 ± 14.26	48.62 ± 7.05*	51.78 ± 7.08

注: SAS, 焦虑自评量表; SDS, 抑郁自评量表; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 两组功能性排便障碍患者直肠肛管测压指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	ARP (mmHg)	AMCP (mmHg)	DP (mmHg)	ALCT (t/s)
治疗组	治疗前	28	24.82 ± 11.63	78.46 ± 20.15	18.12 ± 4.59	3.41 ± 1.22
	治疗后	28	22.36 ± 15.24	68.97 ± 19.66 [△]	7.89 ± 6.11* [△]	7.24 ± 1.01* [△]
对照组	治疗前	26	27.88 ± 10.47	82.33 ± 13.22	17.96 ± 3.21	4.21 ± 2.63
	治疗后	26	23.57 ± 14.62	78.63 ± 18.32	10.37 ± 2.62*	6.43 ± 1.89*

注: ARP, 肛管静息压; AMCP, 肛管收缩压; DP, 排便压; ALCT, 肛门外括约肌收缩持续时间; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组同时时间比较, $\Delta P < 0.05$

发病机制可能与脑肠轴间神经递质调节^[2]、微生物环境调节^[4]等机制有关。目前,生物反馈疗法是治疗 FDD 的有效手段^[5]。生物反馈属于心理疗法的治疗范围,它基于条件反射理论建立,通过可视化的电刺激方式引导患者进行盆底控便肌肉的放松及收缩,在不断放松及收缩的训练过程中加强大脑对排便肌肉的控制力,强化盆底肌群对排便控便的肌肉记忆,形成“大脑-盆底肌肉-排便反射”的条件反射记忆,最终达到稳定盆底肌群的效果,从而恢复盆底肌群正常收缩运动及大脑对排便肌肉的调控^[6]。但是,在临床治疗中,一部分患者临床症状缓解并停止治疗后,出现了复发及治疗耐受等状况,同时一部分患者对生物反馈治疗有效但配合度较差,因此在治疗时可以考虑联合应用中医药治疗。

FDD 属于中医学“便秘”范畴,病位在大肠,与心、肝、脾、肾密切相关。穴位埋线是在中医经络理论结合外科学理论指导下形成的疗法,是在无菌操作下将可吸收线埋入相应穴位区域,通过局部缝线反应达到持久、温和地刺激相应穴位,最终疏通经络气血,从而促进胃肠道运动。临床可用于便秘^[7]、便秘型肠易激综合征^[8]、慢性萎缩性胃炎^[9]等多种胃肠道疾病。中医理论认为,脏腑之气汇聚于与之相对应的俞穴与募穴,这类穴位所在位置与人体相应脏腑在体表投影的位置相近,通过刺激脏腑对应的俞穴与募穴,调节所对应脏腑的功能,达到刺激体表调节脏腑的功效,称为“俞募配穴法”。因此,临证治疗 FDD 时往往采用大肠的“俞募穴”:天枢穴和大肠俞。两穴前后相应,起调节气血、调整大肠良性运动、调理肠腑之效,为主穴。配穴选用次髎穴、长强穴及足三里穴,均为治疗便秘的要穴,其中次髎穴及长强穴位下为骶尾神经,能有效调节盆底肌肉,增强肌肉间协调^[10];足三里穴是治疗便秘等胃肠道疾病最常用的穴位之一,具有双向调节胃肠运动、改善肛门直肠动力学等作用,目前证实其作用机制可能与脑肠肽调节^[11]、免疫调节^[12]等有关。

本研究中,对照组临床总有效率达 69.23%,与治疗前比较,治疗后主要症状评分、生存质量评分、SAS 评分、肛门直肠测压中 DP 及 ALCT 均较治疗前有所改善,这表明生物反馈调节是治疗 FDD 有效手段,能使一部分患者临床症状得到缓解。治疗组临床总有效率明显高于对照组,尤其在改善主要症状评分、生存质量评分、SAS 评分、SDS 评分、DP 及 ALCT 中的表现更为明显,这表

明治疗组患者较治疗前在临床症状及肛门直肠测压方面均获得有效缓解。两组治疗后比较,治疗组在改善粪便性状,缓解排便费力、下坠及腹胀等肛门及腹部症状,改善排便时间及抑郁状态的评价均优于对照组;同时,肛门直肠测压中 DP 及 ALCT 与对照组比较差异具有统计学意义,这表明治疗组排便时肛门括约肌放松程度更好、排便后控便能力更佳。由此我们认为,穴位埋线联合生物反馈较单纯生物反馈能更好地缓解患者抑郁情绪并缓解患者躯体化症状,同时更有效缓解排便时肛门矛盾性收缩及肛门收缩无力。

值得注意的是,在临床中我们发现 FDD 患者往往伴发焦虑、抑郁等症状。本研究中两组患者治疗前 SAS 量表平均分高于 50 分,结合与患者交流过程中其焦虑情绪并未泛化,可以诊断焦虑状态,治疗后两组评分均低于焦虑症状分界值,说明两者均能有效缓解患者焦虑情绪,且疗效相当。虽然两组患者心理状况均有所改善,但由于焦虑、抑郁等情绪因素可由多种因素影响^[23-24],在评价时无法认定 FDD 的治疗与抑郁情绪之间的论证是互为充要条件的。因此,目前尚不能认定治疗组相较于对照组可以更好地缓解患者抑郁状态,仍需要大样本及多量表结合的形式进行分析。

参考文献

- [1] DOUGLAS AD, LIN CHANG, WILLIAM D, et al. 罗马 IV 功能性胃肠病肠-脑互动异常 [M]. 北京: 科学出版社, 2016: 795-847.
- [2] FANG J, WANG D, ZHAO Q, et al. Brain-Gut axis modulation of acupuncture in functional dyspepsia: a preliminary resting-state fMRI study [J/OL]. Evid Based Complement Alternat Med, 2015. (2015 - 09 - 20) [2019 - 05 - 26]. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/860463>.
- [3] RAO SS, PATCHARATRAKUL T. Diagnosis and treatment of dyssynergic defecation [J]. J Neurogastroenterol Motil, 2016, 22(3): 423-435.
- [4] RAO SS, RATTANAKOVIT K, PATCHARATRAKUL T. Diagnosis and management of chronic constipation in adults [J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol, 2016, 13(5): 295-305.
- [5] CAO H, LIU X, AN Y, et al. Dysbiosis contributes to chronic constipation development via regulation of serotonin transporter in the intestine [J/OL]. 2017. (2017 - 09 - 04) [2017 - 05 - 26]. www.nature.com/scientificreports.
- [6] 丁曙晴. 慢性便秘生物反馈治疗 [J]. 中国实用外科杂志, 2013, 33(11): 929-932.
- [7] 张华娟, 布小玲. 生物反馈治疗功能性排便障碍的效果评价 [J]. 东南大学学报(医学版), 2014, 33(4): 497-

- 500.
- 〔8〕 关玲,左芳,宋琪,等. 穴位埋线技术标准化研究: 国家标准《针灸技术操作规范 第 10 部分: 穴位埋线》的制定说明 〔J〕. 中国针灸, 2009, 29(5) : 401-405.
- 〔9〕 RAO SS, WELCHER KD, PELSANG RE. Effects of bio-feedback therapy on anorectal function in obstructive defecation 〔J〕. Digest Dis Sci, 1997, 42(11) : 2197-2205.
- 〔10〕 中华医学会外科学分会肛肠外科学组. 便秘症状及疗效评估 〔J〕. 中华胃肠外科杂志, 2005, 8(4) : 355.
- 〔11〕 MARQUIS P, DE LA LOGE C, DUBOIS D, et al. Development and validation of the patient assessment of constipation quality of life questionnaire 〔J〕. Scand J Gastroenterol, 2005, 40(5) : 540-551.
- 〔12〕 汪向东,王希林,马弘. 心理卫生评定量表手册(增订版) 〔M〕. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 194-235.
- 〔13〕 中华医学会消化病学分会胃肠动力学组. 中国慢性便秘诊治指南(2013, 武汉) 〔J〕. 胃肠病学, 2013, 18(10) : 605-612.
- 〔14〕 ANDREWS CN, STORR M. The pathophysiology of chronic constipation 〔J〕. Can J Gastroenterol, 2011, 25(Suppl B) : 16B-21B.
- 〔15〕 刘玲玲,冯珍. 肌电生物反馈的临床研究及应用进展 〔J〕. 中国康复医学杂志, 2012, 27(3) : 289-292.
- 〔16〕 王庭槐. 生物反馈及其机理进展 〔J〕. 医学信息, 2002, 15(10) : 610-614.
- 〔17〕 王剑,冷孟桐,陈俊余,等. 穴位埋线配合中药治疗老年阳虚型便秘随机对照研究 〔J〕. 上海针灸杂志, 2018, 37(11) : 1250-1253.
- 〔18〕 董亮见. 穴位埋线治疗便秘型肠易激综合征的临床研究 〔J〕. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- 〔19〕 张丰毅. 穴位埋线治疗脾胃虚弱型慢性萎缩性胃炎的临床疗效观察 〔J〕. 福州: 福建中医药大学, 2018.
- 〔20〕 刘经州,刘宝林,高英杰,等. 电针八髎穴联合生物反馈治疗出口梗阻型便秘疗效观察 〔J〕. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(18) : 110-112.
- 〔21〕 王晓燕,王世军,吴富东. 电针足三里穴对胃肠功能紊乱大鼠 5-HT 的影响 〔J〕. 针灸临床杂志, 2012, 28(9) : 51-53.
- 〔22〕 张建杏,王研,郭远波,等. 电针足三里穴对大鼠手术后 T 淋巴细胞免疫功能的影响 〔J〕. 南方医科大学学报, 2018, 38(11) : 1384-1388.
- 〔23〕 王伟. 功能性便秘患者排便动力学、肛管直肠敏感性及精神心理因素的研究 〔J〕. 北京: 中国协和医科大学, 2009.
- 〔24〕 陈怀俊. 对便秘患者进行精神病学评估的临床意义探究 〔J〕. 当代医药论丛, 2014, 12(21) : 195-196.

Clinical Observation on Acupoint Embedding Therapy Combined with Biofeedback Therapy in the Treatment of 28 Cases of Functional Defecation Disorder

CHENG Yicheng¹, LI Xue^{1,2}, LIU Wei², LIU Renghai²

(1. Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100029; 2. Dongfang Hospital, Beijing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effect of acupoints embedding therapy combined with biofeedback therapy on patients with functional defecation disorder (FDD) and its effects on psychological status. **Methods** A total of 60 patients with FDD were randomly divided into a treatment group of 30 cases and a control group of 30 cases. Patients in both groups received biofeedback therapy, and the treatment group was treated with acupoints embedding additionally. Both groups were treated for 8 weeks. The clinical efficiency, constipation symptom, patient-assessment of constipation quality of life (PAC-QOL) of both groups before and after treatment were observed. Anal rest pressure (ARP), anal maximum contraction pressure (AMCP), defecation pressure (DP), and anal maximum contraction pressure (ALCT) were detected. Self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS) were compared. **Results** Clinical effective rate of the treatment group (92. 86%) was obviously higher than that of the control group (69. 23%, ($P < 0. 05$). The main symptoms scores, DP of both groups were decreased after treatment, and ALCT was significantly increased ($P < 0. 05$). Among them, after treatment, hard feelings of defecation, defecation time, straining feeling, endless defecation, swelling and bloating symptoms scales in the treatment group were lower than the control group ($P < 0. 05$). PAC-QOL, SAA and SDS in the treatment group and SAS in the control group were significantly lower than before treatment ($P < 0. 05$). After treatment, PAC-QOL, SDS, AMCP, DP in the treatment group were significantly lower than the control group, and ALCT was significantly increased ($P < 0. 05$). **Conclusion** Acupoint embedding therapy combined with biofeedback therapy can more effectively improve clinical efficacy of FDD patients from clinical symptoms, anorectal pressure and psychological state.

Keywords functional defecation disorder; acupoint embedding therapy; biofeedback therapy; quality of life; anxiety; depression

(收稿日期: 2019 - 05 - 26; 修回日期: 2019 - 07 - 12)

编辑: 叶 晨